E

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 8

UN CAS DE RADICULITE PRÉTYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1923

PAR

STEVANOVITCH (Milenko)

Né à Oujitzé (Serbie), le 7 mars 1896

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, Professeur. *Président.*
EUZIERE, Professeur.
MARGAROT, Agrégé.
LAPEYRE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1923

UN CAS

DE

RADICULITE PRÉTYPHIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0118

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 8

UN CAS
DE
RADICULITE PRÉTYPHIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

STEVANOVITCH (Milenko)

Né à Oujitzé (Serbie), le 7 mars 1896

Pour Obtenir le Grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, Professeur. *Président.*
EUZIERE, Professeur.
MARGAROT, Agrégé. } *Assesseurs.*
LAPEYRE, Agrégé.

MONTPELLIER
« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	P. DELMAS.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr F. GRANEL.
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	J. DELMAS.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	N...

Examinateurs de la thèse :

MM. DUCAMP, prof^r^, *président.*	MM. MARGAROT, agrégé.
EUZIÈRE, professeur.	LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FAMILLE

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MADAME ET MONSIEUR LAURÈS

Ma reconnaissance profonde.

M. STEVANOVITCH.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

M. STEVANOVITCH.

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études médicales et d'accomplir, en soutenant notre thèse, le dernier acte de notre scolarité, nous sommes heureux de pouvoir exprimer à tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier nos sentiments les plus sincères de notre vive reconnaissance, et de leur affirmer que, bien qu'exerçant le noble art loin de cette vieille Faculté française, leur souvenir sera toujours présent à notre mémoire.

A notre Maître M. le professeur Ducamp nous adresserons tous nos remerciements et l'assurance de notre plus profonde gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider notre thèse. D'ailleurs, durant toute notre scolarité, nous avons écouté et apprécié son enseignement si instructif et si expressif, et c'est sous sa bienveillante direction que nous avons pu suivre pas à pas les différentes phases dans l'évolution de la maladie du sujet de notre travail.

Que MM. les professeurs Granel, Euzière, Delmas; MM. les professeurs agrégés Margarot et Lapeyre, reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée et pour l'instruction

professionnelle qu'ils nous ont donnée au cours de nos années d'études.

Nous adressons encore nos affectueux remerciements à M. le docteur Carrieu, ex-chef de clinique, et à M. Villa, interne des hôpitaux, pour les conseils qu'ils voulurent bien nous donner et qui nous ont été d'un réel profit.

UN CAS
DE
RADICULITE PRÉTYPHIQUE

INTRODUCTION

Le bacille d'Eberth peut soit directement, soit par l'intermédiaire de ses toxines, irriter les neurones centraux ou les neurones périphériques. Ces manifestations ne sont pas excessivement fréquentes, mais toutefois elle ne sont pas exceptionnelles ; on les a surtout signalées au cours de la convalescence, parfois quelques mois après la guérison de la fièvre typhoïde, très rarement au cours de la pyrexie.

Connues depuis 1860, Gübler en publia des cas dans les *Archives générales de médecine* ; mais c'est à Pitres et Vaillard que revient le mérite, d'avoir en 1875 consacré des travaux d'ensemble à leur étude. Cette question a été reprise dans la suite par de nombreux auteurs et notamment à Montpellier, il y a trois ans, par MM. les professeurs Euzière et Margarot. On avait classé ces complications de la fièvre typhoïde, désignées sous le

nom de « névrites et radiculites post-typhiques », de la façon suivante :

1° Formes sensitives. — Les plus rares, décrites sous le nom d'hyperesthésie de la fièvre typhoïde, par Renon et Tixier en 1907, puis en 1909 par Paisseau et Tixier, et enfin par Gremeaux et Beugnon qui dans leurs travaux de couronnement de scolarité ont précisé les caractères de ce petit point particulier de la clinique.

Elles seraient caractérisées par un début insidieux, quelques douleurs légères au cours des mouvements ; puis les phénomènes deviennent d'une acuité extrême, douleurs continues, spontanées, et présentant des paroxysmes intolérables que provoquent la moindre secousse ou le plus léger frôlement. L'effort, la toux, l'éternuement peuvent à leur tour produire ces exacerbations. Ces symptômes s'atténuent au bout d'une dizaine de jours et seule persiste, mais non toujours cependant, la douleur des masses musculaires à la palpation, et la pression des troncs nerveux est dans certains cas très pénible. On comprend ainsi facilement que le diagnostic de névrite ne soit pas toujours facile à poser.

L'état général ne paraît pas très influencé et les ascensions thermiques se constatent assez régulièrement.

2° Formes sensitivo-motrices. — Ici se surajoute un élément moteur qui devient rapidement prépondérant, la symptomatologie sensitive passant au second plan. On groupe ces formes en deux variétés :

a) Celles qui se manifestent par des troubles diffus ;

b) Celles dont la symptomatologie se cantonne au territoire périphérique d'un nerf déterminé.

a) *Formes sensitivo-motrices diffuses.* — Caractérisées par des douleurs débutant par des élancements fugaces, très pénibles, qui deviennent de plus en plus fréquents

et dont l'acuité atteint un tel degré que ce ne sont plus que des crises paroxystiques au cours d'une douleur continue. La marche est impossible, les pieds se dérobent sous le corps du malade. La station debout à son tour n'est plus possible et le malade est confiné au lit. Les phénomènes douloureux se sont atténués, passant rapidement au second plan, finissent même par disparaître presque complètement, seuls persistent les troubles moteurs; atrophie et tonicité musculaire s'atténuent, mais rarement toute mobilité est abolie ; en général, quelques mouvements spontanés restent possibles. Les réflexes sont abolis. Quelques troubles des réactions électriques sont notés, mais la réaction de dégénérescence est rarement complète avec tous ses éléments.

Mais à côté de ces phénomènes purement d'ordre nerveux périphérique on rencontre des modifications au niveau du liquide qui baigne l'axe cérébro-spinal.

L'examen cytologique montre le plus souvent une lymphocytose légère. A la cellule Nageotte on trouve de 5 à 10 éléments par mm^3 mais il existe le plus souvent une hyperalbuminose qui confirme le diagnostic de radiculite.

D'autre part, cliniquement, la bilatéralité des manifestations douloureuses est en faveur de ce diagnostic :

b) *Formes sensitivo-motrices localisées.* — Dans ces cas ce sont les nerfs périphériques qui sont intéressés; il semblerait cependant que certains soient plus facilement atteints que d'autres. Pitres et Vaillard ont signalé comme étant les plus fréquemment intéressés, le cubital et le sciatique poplité externe. La symptomatologie varie avec le nerf atteint, mais la description générale donnée par les deux auteurs précités s'applique à tous les cas et nous allons la rapporter ici in-extenso :

« Le début est annoncé par des douleurs vives, continues ou exacerbantes, qui, généralement, se produisent sous forme d'élancements, de fulguration sur le trajet d'un nerf, et s'accompagnent de fourmillements, d'une sensation d'engourdissement. Bientôt la force motrice s'affaiblit dans les muscles tributaires du nerf hyperesthésique, et dès ce moment aussi la contractilité électrique est compromise. A la parésie peut succéder une paralysie complète. Les muscles cessent de réagir sous l'influence de courants faradiques ou galvaniquss ; ils s'émacient d'une manière progressive et rapide, et, dans un délai très court, sont frappés d'une atrophie considérable que dissimule parfois l'exubérance du pannicule adipeux soûs-cutané. Enfin, les accidents de cet ordre ne coexistent avec aucun trouble cérébral ou spinal ; ils se cantonnent dans un territoire déterminé et ne tendent guère à franchir, par une marche extensive, le domaine du tronc nerveux primitivement atteint. Si la lésion qu'ils traduisent est souvent curable, quelquefois aussi elle persiste pendant plusieurs mois et peut aboutir à une infirmité permanente.»

Tel est l'état actuel de la question ; on s'est surtout attaché à décrire dans ses moindres détails, à grouper suivant les formes étudiées plus haut les névrites et radiculites de la typhoïde, mais tous ces troubles nerveux n'ont été signalés que toujours au cours de la convalescence, jamais à la période d'état ou dans les quelques jours qui la précèdent. Nous avons recherché soigneusement dans les publications récentes, et avouons n'en avoir jamais trouvé. C'est parce que nous avions eu la bonne fortune d'observer, au cours de nos visites assidues dans les salles de clinique de M. le professeur Ducamp, un cas de radiculite au début d'une fièvre

typhoïde, lors de la période d'incubation même, que nous avons pensé faire œuvre utile en prenant ce cas comme sujet de notre thèse.

Nous exposerons d'abord détaillée l'observation clinique prise au lit du malade, puis nous mettrons en évidence :

a) Les caractères sensitifs à type radiculaire de ces manifestations ;

b) La difficulté du diagnostic ;

c) Enfin nous essayerons de donner une théorie pathogénique.

ETUDE CLINIQUE
DE LA RADICULITE PRÉTYPHIQUE

I

OBSERVATION

A. L..., 43 ans, sans profession, entre dans le service de M. le professeur Ducamp, le 16 janvier 1923, pour douleurs dans le membre inférieur gauche.

La malade, dont la vie est assez pénible, n'avait rien ressenti d'anormal jusqu'à il y a huit jours. Brusquement, le 9 janvier, douleurs vives dans la jambe gauche, puis dans la jambe droite ; au même moment quelques pertes rouges utérines qui étaient apparues le matin, et dans une période anormale, cessèrent assez rapidement. L'intensité de ces douleurs était telle que ce soir-là tout mouvement fut impossible. La malade ne pouvait ni s'asseoir, ni s'appuyer sur ses ischions sans éprouver de violentes douleurs. Ces algies étaient continuelles, présentant par intervalles des paroxysmes provoqués

par la toux, par l'effort, par l'éternuement, et caractérisés par une douleur très vive, s'irradiant sur tout le trajet du sciatique, de la fesse à l'extrémité du pied, et comparée par la malade à des éclairs, à des traînées de feu parcourant tous les membres inférieurs, surtout le gauche, dans la région postérieure.

A ces douleurs sciatiques, les premières constatées, sont venues s'ajouter d'autres algies, en ceinture, partant des bords du sacrum et de la région lombaire pour venir rejoindre la face antérieure de l'abdomen. Comme pour les précédentes, on retrouve le signe de Déjerine-Leenhardt-Néréro de toutes les radiculites (exaspération de la douleur, lors de la toux, de l'éternuement et de l'effort).

Enfin, douleurs à la nuque assez violentes, pouvant prendre le caractère de douleurs en cercle, et peut-être marquées beaucoup plus la nuit que le jour.

Ces symptômes douloureux sont les seuls constatés; peu de troubles digestifs, pas de vomissements, un peu de constipation, l'appétit est diminué, la langue légèrement saburrale. Pas de troubles pulmonaires.

Cependant aurait eu peut-être un état subfébrile, a eu des frissons, sensation de chaleur, mais n'a pas pris sa température à cette période.

Devant la persistance de ces symptômes, entre à l'Hôpital Suburbain, dans le service de notre Maître M. le professeur Ducamp.

A son entrée, malade assez bien portante, peu amaigrie, aux traits tirés, ne présentant pas de passé pathologique; mariée, a eu sept grossesses dont cinq à terme et deux avortements, quatre enfants sont encore en très bonne santé. Dans ses antécédents héréditaires directs on ne note rien de bien saillant. Le dernier accouche-

ment remonte à il y a huit ans, et il a présenté comme suites de couches pathologiques une phlébite du membre inférieur gauche qui a bien guéri, et qui ne paraît avoir laissé aucune séquelle de troubles circulatoires. Cependant aurait toujours souffert un peu de son membre inférieur gauche.

Les phénomènes généraux sont caractérisés par des *douleurs* spontanées et une élévation thermique assez importante. T. 38°8. Le pouls est bien frappé, mais peu fréquent ; il se maintient au-dessous de 100.

L'examen des masses musculaires du membre inférieur montre celles-ci un peu douloureuses à la palpation, mais aucune atrophie n'est décelable à la mensuration. La pression profonde sur le trajet des troncs nerveux révèle un point sensible au passage du fémoro-cutané sur la crête osseuse antérieure de l'os iliaque. A la face postérieure du membre inférieur la pression du sciatique aux points classiques de Valleix n'est nullement douloureuse.

Le signe de Lasègue est négatif.

Les réflexes sont vifs. Pas de signes de Babinski.

Aucun trouble de la sensibilité à la chaleur et au tact. Un peu d'hyperesthésie douloureuse à la jambe et au pied gauches. Rien à la cuisse.

L'examen du thorax ne montre que des douleurs en ceinture exagérées par la toux, l'effort, le vomissement, faisant redouter à la malade l'action de se moucher.

Les réflexes cutanés abdominaux sont diminués, presque abolis.

La percussion des vertèbres ne révèle aucun point douloureux.

A la pression, au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, douleur exquise assez nette.

Appareil respiratoire. — A gauche, en avant et en arrière, rien d'anormal. A droite, submatité légère à la base, diminution de la respiration. Quelques légers râles de bronchite.

Appareil cardiaque. — Normal. Tension : Mx = 13. Mn = 8. Pouls régulier, un peu dépressible.

Appareil rénal. — Urine assez abondante 800 cm³ par jour. Aucun trouble macroscopique ni chimique.

Appareil visuel. — Pression des globules oculaires très douloureuse. Aurait présenté de la photophobie. Pas de signe d'Argyll, pas de diplopie.

Appareil digestif. — Langue un peu suburrale. Inappétence. Pas de vomissements. Constipation légère.

Les douleurs vont en s'accentuant, l'état reste fébrile, et le 18 janvier, la malade accusant surtout et toujours une douleur exquise au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, on pratique un toucher vaginal et rectal.

On trouve un petit col dirigé en haut et à droite ; dans le cul-de-sac latéral gauche, masse dure, fixée, peu douloureuse, en continuité avec le col, qui n'est autre que l'utérus en rétro-latéro-déviation.

Le toucher rectal confirme le résultat du toucher vaginal, mais l'articulation sacro-iliaque paraît normale.

Le 19 janvier, les crises douloureuses paraissent avoir atteint leur maximum. Il est venu s'ajouter aux douleurs thoraciques et des membres inférieurs une céphalée intense à prédominance dans la région occipitale, et des algies en cercle partant de la région de la nuque.

Toutes ces douleurs revêtant le caractère des radiculites (exagération par la toux, l'effort, l'éternument, la pression sur le trajet du nerf, la palpation profonde des masses musculaires n'étant pas douloureuses), on fait une ponction lombaire.

Le liquide sort avec force (la tension n'est pas mesurée au Claude) et les résultats cytologique, chimique et sérologique sont les suivants :

Cellule Nageotte : 4,5 éléments par mm^3.

Examen chimique : Albumine, 0 gr. 45 ; chlorures, 7 gr. 1.

Réaction de Wassermann fortement positive dans le sérum sanguin, négative dans le liquide céphalo-rachidien.

Les douleurs ont été très atténuées après la ponction lombaire ; l'état reste toujours fébrile, présentant de grandes oscillations de 1 degré 1/2 à 2 degrés environ. Puis progressivement les douleurs réapparaissent avec le caractère décrit dès le début, présentant quelques paroxysmes. Mais ceci est de courte durée : dès le 22 janvier, ces douleurs s'atténuent, la fièvre monte en escalier pour atteindre le 26 janvier 40°. Le pouls est alors à 104. En présence de cette dissociation du pouls et de la température, en présence de cette ascension graduelle et régulière de la température, on fait une hémoculture, pensant trouver de l'Eberth ou du para.

D'autre part, quelques troubles digestifs viennent compléter cette symptomatologie. La langue, rouge à la pointe, est un peu saburrale au centre. Vomissements porracés avec effort et douleur au creux épigastrique spontanée et provoquée par la pression profonde.

L'hémoculture est positive et les réactions de coloration sur les milieux sucrés et l'agglutination permettent de déterminer la nature éberthienne de l'affection.

La fièvre typhoïde évolue normalement pendant toute la période d'état. La température est élevée, le pouls au-dessous de 100 ; les douleurs à type de radiculites ont disparu, seule persiste la céphalée. Les taches rosées

viennent ajouter un élément de plus en faveur du diagnostic clinique de « infection éberthienne », et ce n'est que vers le seizième jour qu'une petite complication apparaît.

Le pouls monte jusqu'aux environs de 120, la température reste à 40, la malade accuse un point de côté à la base gauche.

L'auscultation décèle un petit foyer de broncho-pneumonie net (souffle, sous-crépitants, râles de bronchite, etc.).

La recherche dans l'expectoration de la nature microbienne montre à l'examen direct de nombreux bacilles très mobiles à Gram négatif. Ces bacilles isolés sont fortement agglutinés par le sérum anti-Eberth.

La broncho-pneumonie était donc à bacille d'Eberth. Celle-ci fut d'ailleurs de très courte durée et, cinq jours après, la défervescence s'établissait régulière sans accident. Il est intéressant de noter que, au cours de sa convalescence, la malade n'a présenté aucune forme des névrites post-typhiques décrites jusqu'alors, soit la forme sensitive, soit la forme sensitivo-motrice.

II

SYMPTOMATOLOGIE

N'ayant eu à observer qu'un seul cas de radiculite survenant quelques jours avant la période d'état de la fièvre typhoïde, nous ne pourrons que donner la symptomatologie d'une forme sensitive, la malade n'ayant jamais présenté de troubles moteurs.

Ces radiculites se caractérisent au début par des troubles douloureux bilatéraux, disposés symétriquement, mais d'intensité différente. Il semblerait que les antécédents pathologiques jouent un rôle dans l'acuité de la douleur. et chez notre malade, qui avait présenté dans le passé une phlébite de la jambe gauche, nous notons le maximum de douleur dans ce membre inférieur. Tout d'abord ces algies sont intermittentes, n'apparaissant qu'à l'occasion de mouvements ou quand la malade veut s'asseoir, et dans ce cas, d'ailleurs, la douleur ne siège pas au point de compression nerveuse. Progressivement ces douleurs deviennent continues, présentant des paroxysmes que la malade compare à des traînées de feu

suivant le trajet de son nerf grand sciatique allant depuis l'ischion jusqu'au talon. Ces exacerbations sont provoquées par la toux, l'effort, l'éternuement, et sont expliquées par l'augmentation de tension au niveau du liquide céphalo-rachidien qui vient buter contre les racines postérieures et provoque ces douleurs caractéristiques du syndrome de radiculite.

Par la suite, les douleurs s'étendent au niveau du tronc, revêtent les mêmes caractères, en ceinture, à paroxysmes, et, s'élevant de racines en racines, finissent par aboutir au niveau de la nuque.

Comme actuellement toutes les racines postérieures semblaient intéressées, il était difficile de trouver des modifications des sensibilités au niveau des territoires cutanés.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre dans notre cas :

1° Une augmentation légère des éléments cytologiques ;

2° Une hyperalbuminose assez nette ;

3° Une dose de chlorures normale.

Les troubles moteurs n'existent pas. La force est conservée, aucune atrophie n'est décelable à la mensuration, les masses musculaires sont peu douloureuses à la palpation, on peut considérer la pression sur le trajet d'un grand nerf sensitif comme indolore.

Les réflexes sont vifs. Pas de signe de Babinski.

A côté de ces symptômes cardinaux témoignant de l'imprégnation au niveau de la racine on retrouve d'autres signes qui sont indépendants de la localisation, mais qui relèvent de la nature typhique de l'infection en cours :

1° Etat fébrile, pouvant atteindre 39°, et déjà on

note une dissociation entre le pouls et la température puisque celui-ci a toujours été au-dessus de 100 ;

2° Quelques métrorragies, de courte durée il est vrai, mais la malade n'a pas présenté d'épistaxis, et soit par pure congestion, soit par troubles dus à l'atteinte de l'appareil cardio-vasculaire par la toxine typhique, on s'explique très bien ces hémorragies ;

3° Quelques troubles digestifs : langue saburrale, rouge à la pointe et au bord, de la constipation, quelques vomissements, mais pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Progressivement l'état typhique s'installe nettement suivant la courbe classique de Wunderlich, et brusquement la symptomatologie de la radiculite s'estompe, disparaît, alors que la malade est en pleine période d'état de sa dothiénentérie avec une hémoculture fortement positive pour l'Eberth, au 4e jour.

La fièvre typhoïde a subi une évolution normale, sauf une légère complication pulmonaire, où l'examen bactériologique décela du bacille d'Eberth dans des crachats expectorés. Lors de la convalescence nous n'avons noté aucun trouble de son système nerveux périphérique, tant au point de vue moteur qu'au point de vue sensitif.

III

DIAGNOSTIC

Il est évident que, étant donné la période précoce de ces manifestations, non seulement le diagnostic de radiculite sera difficile à poser, car la quantité de toxine en circulation est peu importante et les troubles du liquide céphalo-rachidien sont réduits au minimum, mais c'est surtout le diagnostic de nature qui est le plus délicat et nous allons voir dans quelles conditions il a été établi..

Tout d'abord, dès le début, la malade nous apparaissait comme atteinte de sciatique bilatérale avec prédominance à gauche, et c'est d'ailleurs avec ce diagnostic qu'elle était entrée dans le service de M. le professeur Ducamp. L'examen immédiat des troncs nerveux, de par l'absence des points de Valleix, des signes de Lasègue, de Néri, de Bonnet, permet d'éliminer le diagnostic de névrite sciatique, d'ailleurs on ne note pas d'atrophie et les réflexes achilléens sont non seulement normaux, mais peut-être un peu vifs.

L'hypothèse d'une sciatique bilatérale par compres-

sion des racines au niveau du petit bassin pouvait être envisagée. L'examen de la région basse de l'abdomen par la palpation et la percussion ne révélait rien d'anormal.

Un toucher vaginal montrait un petit col dirigé en haut et à droite, dans le cul-de-sac latéral gauche, masse fixée peu douloureuse, en continuité avec le col : c'est l'utérus en rétro-latéro-déviation gauche.

Un toucher rectal confirme le résultat du toucher vaginal et permet de constater l'intégrité de la région avoisinant l'articulation sacro-iliaque gauche. On était en droit, en effet, de penser à une sacro-coxalgie, la malade présentant une douleur exquise à la pression en un point correspondant à cette articulation.

Le lendemain, la douleur exquise siégeait au niveau de la région lombaire gauche tout contre le bord externe du muscle carré des lombes. A cette époque d'ailleurs la courbe de température présentait de grandes oscillations à type de fièvre hectique et l'hypothèse d'un phlegmon périnéphrétique pouvait être émise.

C'est alors qu'apparurent les douleurs thoraciques en ceinture, que la malade précisa le caractère paroxystique provoqué par la toux, l'éternuement, l'effort, et immédiatement on fit une ponction lombaire dont les résultats suivants confirmaient le diagnostic de radiculite :

Cellule Nageotte, 4,5 éléments par mm³.

Examen chimique. . . { Albumine. . 0 gr. 45
Chlorures. . 7 gr. 1

Réaction de Wassermann, fortement positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien.

D'après ces résultats, la possibilité de troubles relevant de la spécificité pouvait être envisagée. Cependant il y avait de la température, et à ce moment d'ailleurs les

douleurs commençaient à s'atténuer alors que la courbe thermique gravissait régulièrement 1° par jour environ pour atteindre 40° le quatrième jour. C'était un tracé conforme à la loi de Wunderlich, et, comme il existait une dissociation très nette entre le pouls et la température, celui-ci étant à 104, on fit immédiatement une hémoculture. Celle-ci fut positive au bacille d'Eberth et le diagnostic de dothiénentérie était posé.

IV

ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

On avait pensé que les femmes et les enfants étaient plus atteints que les hommes ; ceci fut confirmé dans les statistiques dressées à la suite des études des cas de de névrites post-typhiques. Les femmes et les enfants étaient considérés comme étant plus exposés que les autres aux troubles sensitifs. Cette croyance n'a d'ailleurs rien qui puisse nous surprendre, car nous savons que chez ces mêmes individus le système nerveux présente une impressionnabilité spéciale à toutes les excitations, qu'elles soient d'ordre physiologique ou d'ordre pathologique.

Pour l'étude que nous avons entreprise il nous est difficile de pouvoir émettre un jugement, n'ayant qu'un cas à étudier, mais le malade qui fait le sujet de notre travail étant une femme, on peut penser que le sexe joue un rôle aussi bien dans les névrites post-typhiques que dans les radiculites au seuil de la typhoïde.

Un autre point sur lequel il nous paraît utile d'insis-

ter, c'est le rôle que joue la prédisposition locale dans la genèse de notre radiculite. La malade avait présenté des suites de couches pathologiques, lors de son dernier accouchement (une phlébite de la veine saphène gauche), et on a vu l'intensité des douleurs se manifester surtout au niveau du membre inférieur gauche. D'autre part, la spécificité démontrée par une réaction de Wassermann positive n'est-elle pas tout à fait étrangère à la localisation des toxines au niveau des éléments nerveux?

D'ailleurs, depuis très longtemps, le facteur prédisposition jouait un rôle; il suffit de rappeler quelques observations dans lesquelles il a été signalé. Chantemesse rapporte le cas d'un jeune homme qui avait eu à plusieurs reprises des crises de migraine ophtalmoplégique, au cours d'une fièvre typhoïde; il présenta une paralysie du moteur oculaire commun, mais celle-ci ne fut précédée ni de douleur, ni d'apparition de scotome, ni d'aucun phénomène migraineux.

Euzière, Cestan, Descomp, Sauvage ont rapporté trois observations de paralysies post-typhiques où dans l'une d'elles un traumatisme antérieur du coude expliquait l'apparition d'une paralysie cubitale. Dans les deux autres, une névrite du sciatique poplité externe s'expliquait par une phlébite antérieure pour l'un, et par une opération pour varices pour l'autre.

Il ne nous reste plus maintenant qu'à trouver la cause de ces radiculites. Il est évident qu'elle doit être recherchée dans le bacille d'Eberth et ses toxines. Tous les auteurs le reconnaissent pour les névrites et il n'y a guère que pour les hyperesthésies douloureuses qu'une autre hypothèse ait été émise. En effet, Weil avait invoqué, pour les expliquer, l'influence de la balnéation.

Cependant cette opinion peut être non seulement discutée, mais probablement réfutée, car dans certains cas où l'on a eu la bonne fortune de faire l'autopsie, on a retrouvé des lésions de névrite parenchymateuse qui témoignent bien de l'atteinte du nerf. Pitres et Vaillard appuient leur assertion sur la constatation de Bernhardt :

Celui-ci trouva à l'autopsie d'un malade ayant présenté de la paralysie post-typhique radiale, de vraies lésions dans le nerf radial : coloration violet-grisâtre, avec augmentation de volume ; à la coupe, les fibres nerveuses sont profondément altérées. Ceci était sûrement d'origine typhique. D'autre part, la nature éberthienne de certaines névrites fut démontrée par Ausset et Bourgogne qui ont retrouvé le bacille d'Eberth dans le nerf facial d'un malade atteint de dothiénentérie. Enfin, comme dernière preuve, Vincent a produit des névrites du sciatique, expérimentalement, en injectant de la toxine typhique au voisinage de ce nerf. La pathogénie de la névrite post-typhique est expliquée.

Les observations de Jumentier où il signale l'apparition de phénomènes névritiques consécutivement à la vaccination antityphique prouve bien le rôle des toxines et nous permet de comprendre plus facilement la pathogénie de la radiculite que nous signalons.

Les toxines, les bacilles eux-mêmes mais en petit nombre, véhiculés par le torrent circulatoire, sont venus se fixer dans les culs-de-sac qui enveloppent les racines à leur sortie de la moelle, et principalement au niveau des postérieures. Elle y ont provoqué alors l'apparition de la radiculite caractérisée cliniquement par les signes que nous avons signalés, à l'appui desquels sont venus s'ajouter les signes de laboratoire :

Cytologie . . . 4,5 éléments par mm³
Chimie . . . . Hyperalbuminose 0 gr. 45

Il est regrettable que l'on n'ait pas recherché le bacille d'Eberth, mais le diagnostic de dothiénentérie n'ayant été posé que par la suite, on ne pouvait y songer.

CONCLUSIONS

Il serait un peu trop osé de vouloir conclure en généralisant les résultats que nous avons notés à propos d'un seul cas de radiculite prétyphique.

Nous pensons seulement que sous l'action de causes favorisantes, ayant diminué la résistance des filets nerveux, dès le début d'une infection les toxines peuvent venir se localiser à leurs racines, aussi bien qu'après la période d'évolution de la maladie, au cours de la convalescence.

Le cas observé est surtout une forme sensitive, à type de radiculite pure. En sera-t-il toujours ainsi, ou aurons-nous des formes sensitivo-motrices ? Nous l'ignorons. Les observations futures nous l'apprendront.

BIBLIOGRAPHIE

Affichard. — Polynévrités éberthiennes. Etude clinique (Thèse de Montpellier, 1911-1912, n° 2).

Beugnon. — Des hyperesthésies douloureuses de la fièvre typhoïde chez l'adulte et chez l'enfant (Thèse de Paris, 1909-1910, n° 55).

Chantemesse. — Note sur un cas de paralysie du moteur oculaire commun au cours de la fièvre typhoïde (Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1913, p. 11).

Euzière et Margarot. — Névrites et radiculites de la fièvre typhoïde (Sud médical, 15 septembre 1919).

— Radiculites post-typhiques (Languedoc médical, décembre 1919).

Gremeaux. — Des hyperesthésies douloureuses des extrémités dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Thèse de Paris, 1906-1907).

Jumentier. — Les polynévrites au cours de la campagne actuelle (Réunion médico-chirurgicale de la XVI[e] Région, 12 janvier 1918).

Laignel-Lavastine et Gougerot. — Névrites infectieuses typhoïdiques, dysentériques et tétaniques (Société de neurologie, décembre 1915).

Paisseau et Tixier. — Hyperesthésies douloureuses dans la fièvre typhoïde chez un enfant de 9 ans (Société de pédiatrie, mai 1909).

Passavy. — Névrites post-typhiques (Thèse de Montpellier, 1919).

Pitres et Vaillard. — Contribution à l'étude des névrites périphériques survenant dans le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde (Revue de médecine, 1885).

Renon et Tixier. — Hyperesthésies douloureuses dans la convalescence de la fièvre typhoïde (Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 22 juin 1905).

Vincent. — Névrite expérimentale produite par la toxine typhique (Société de biologie, 3 mars 1900).

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Un cas de radiculite prétyphique.

par M. Stevanovitch

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 9 mai 1923.

Le Professeur,

DUCAMP.

Vu :

Montpellier, le 9 mai 1923.

Le Doyen,

EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 9 mai 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. **8-78**.